

決定	課長	係長	係員

## 予防接種依頼書交付申請書（インフルエンザ・新型コロナワクチン）

※本人の意思確認ができない人は、法定接種はできません

被接種者	住所（住民登録上）	足立区
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）
予防接種の種類	（希望のワクチンに○をつけて下さい） インフルエンザ・新型コロナワクチン	
接種日（予定）	年 月 日（ ）	
	年 月 日（ ）予備日	
依頼先		
理由		
本人予防接種の希望の確認	本人の接種確認 有・無	
意思確認の方法	（具体的に記入して下さい）	
年 月 日 申請者住所 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____		

注（１）郵送申請の場合、返信用切手（１１０円）を同封し、接種日の１０日前には足立区役所保健予防課に到着するように郵送する。

（２）接種期間は実施年度１０月１日から、インフル…１月３１日まで コロナ…３月３１日まで

（３）依頼先は接種する市町村の保健所等に確認してください。

担当 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1 TEL3880-5094 足立区役所保健予防課予防接種係